

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 63

POSSIBILITÉ de GUÉRISON
DE
Synovites à grains riziformes
par fistulisation spontanée

CLINIQUE de M. le PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René TISNÉ

né le 19 mai 1894, à Auch (Gers)



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE
ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1922

POSSIBILITÉ DE GUÉRISON
de Synovites à grains riziformes

par fistulisation spontanée

POSSIBILITÉ de GUÉRISON
DE
Synovites à grains riziformes
par fistulisation spontanée

CLINIQUE de M. le PROFESSEUR TIXIER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René TISNÉ

né le 19 mai 1894, à Auch (Gers)



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE
ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ
Doyen. MM. J. LÉPINE
Assesseur. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	X.
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales	POLICART
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargés d'un cours de :	Pathologie externe	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	BONNET
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE G.	NOEL, chargé des
CADE	COTTE	ROCHAIX	fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; THEVENOT Léon, Assesseur
MM. COTTE et DUROUX, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

Mon plus cher camarade et mon
meilleur ami. Toute sa vie est un
grand exemple. Je le vénère !

A MA MERE

L'attrait de la famille et les joies
du foyer sont incarnées en elle.
Je l'assure de toute mon affec-
tion. Mais est-ce suffisant ?

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
jury de thèse. Nous le prions
d'agréer avec nos remerciements,
l'expression de notre profond
respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ PAUL BONNET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Nous avons usé, abusé
même, de son accueil cordial.
Qu'il nous soit permis de l'assu-
rer de notre souvenir reconnais-
sant et sincère.

A MES MAITRES

A MES JUGES

INTRODUCTION

Les notions classiques concernant l'évolution de la synovite à grains riziformes ne laissent que peu de place à la guérison spontanée.

« La synovite à grains riziformes entraîne des déformations surtout à la main par la rétraction des tendons qu'elle engaine.

« Les doigts se fléchissent, l'annulaire et l'auriculaire plus que les autres et leur redressement devient douloureux et presque impossible.

« Dans sa marche douloureuse, le kyste à grains riziformes peut aboutir à une impotence fonctionnelle. Sa durée est fort longue et se chiffre par plusieurs années.

« Quelque fois, la peau s'amincit peu à peu sans réaction, sans rougeur, et la poche finit par se fissurer et s'ouvrir, laissant écouler le liquide et les grains ; ou encore c'est l'influence accidentelle, qui brusquement accélère son évolution torpide, l'enflamme, le fait sup-purer et l'ulcère.

« L'ulcération guérit parfois, la poche se referme, et les grains ne tardent pas à se reproduire.

« Plus souvent, il subsiste une fistule rebelle, suintante, et qui mène à une autre terminaison, la synovite fougueuse greffée sur la synovite à grains. Ce passage d'une forme à l'autre est un indice de plus de leur com-

« mune nature tuberculeuse. Il est loin d'être rare ; il
« était bien connu des anciens chirurgiens : Nicaise, Pou-
« let, Berger, etc... en ont donné de nombreux exem-
« ples. (Lejars).

Cependant la guérison spontanée des synovites à grains riziformes n'est guère signalée dans les traités classiques et pourtant Monsieur le Professeur Tixier a présenté à deux reprises dans ses cliniques magistrales en 1919 et 1920, deux malades qui font actuellement l'objet de notre thèse et chez lesquels, par des processus différents, s'étaient produites l'élimination des grains riziformes et la guérison spontanée.

Les recherches bibliographiques que nous avons faites, très incomplètes sans doute, ne nous ont pas permis de recueillir d'observations comparables ; aussi nous bornons-nous à rapporter ces deux observations avec les quelques considérations qu'elles comportent.

Qu'il nous soit permis avant de commencer notre exposé de remercier Monsieur le Professeur Tixier, qui nous fait le grand honneur de présider cette thèse. Nous conserverons le souvenir le plus reconnaissant de son enseignement magistral tant au lit du malade qu'à la salle d'opérations.

Nos respectueux remerciements iront également à Monsieur le Professeur agrégé Paul Bonnet pour la patiente bienveillance qu'il nous témoigna au cours de l'élaboration de ce sujet. Qu'il soit assuré de notre plus respectueux souvenir et nous permette de le remercier bien sincèrement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique de Monsieur le Professeur Tixier)

C... (Louis), 60 ans, cultivateur.

Entre le 25 novembre 1912 pour un abcès de la face externe du poignet droit. Rien à signaler d'intéressant comme antécédents héréditaires ni personnels. Marié à 35 ans, il a 3 enfants bien portants. Le malade raconte seulement qu'à l'âge de 18 ans, n'ayant jusqu'alors rien remarqué d'anormal au niveau du poignet droit, il vit s'installer progressivement sur la face palmaire de l'articulation, une tuméfaction allongée suivant l'axe du membre dans laquelle il avait remarqué la présence de boules qu'il s'amusait à promener d'un bout à l'autre et qui faisait un bruit de cliquetis tout particulier « comme si on secouait les chaînons d'une chaîne » (sic). Cette tuméfaction plutôt gênante que douloureuse fut traitée pour une « foulure du tendon » jusqu'au jour où, enfonçant un pieu, le malade éprouva au niveau tuméfié un craquement. Il constata que la poche s'était rompue, livrant passage à une multitude de grains ressemblant « franc des grains de riz ».

En 15 jours au maximum, l'orifice par où s'était vidé le contenu de la tumeur se cicatrisa. Cette dernière disparut et le malade recouvrit l'usage de son poignet, à son dire, aussi vigoureux que l'autre depuis lors.

Il y a 10 ans, il avait donc alors 50 ans, le malade qui se souvenait à peine de l'affection survenue dans son adolescence au poignet droit, ressentit, dans ce dernier des douleurs sourdes qu'exaspérait le mouvement et que calmait le repos ; en même temps, il sentait que son bras perdait sa force et son adresse, « qu'il était maladroit au travail. »

Inquiété par ces symptômes il consulta plusieurs médecins, qui tous le traitèrent pour du rhumatisme, et ce n'est qu'en avril 1913, sur les conseils du D^r Barjon, qu'il consulta le Professeur Tixier.

Hospitalisé dans le service, il fut immobilisé, trois mois durant, dans un plâtre. A l'ablation de celui-ci la synovite et les kystes du dos du poignet avaient à ce point rétrogradés qu'il put repartir et, muni d'un poignet en cuir lacé, reprendre son travail.

Il le continua jusqu'à ces temps derniers où survint l'incident qui l'obligea à consulter à nouveau.

Après 48 heures de douleurs exquises au niveau de l'interligne articulaire, il vit apparaître une tuméfaction qui grossit, rougit et soulagea son mal.

Craignant cependant qu'elle ne crève il préféra rentrer à nouveau à l'hôpital.

On diagnostique une arthrite fongueuse du poignet droit. Ponction de l'articulation. Immobilisation dans un appareil plâtré.

Il sort le 5 février 1920 guéri. Récupération de ses mouvements.

OBSERVATION II

(Clinique de Monsieur le Professeur Tixier)

Abbé S..., 61 ans.

Le malade entre le 21 juillet 1920 dans la clinique du Professeur Tixier, présentant une tuméfaction de la face antérieure du poignet gauche d'apparence phlegmoneuse, prête à s'ouvrir.

Il raconte que le 23 juin, désirant pavoiser son balcon pour les fêtes de Jeanne d'Arc, il fixait une bannière dans une douille de tôle : celle-ci était rouillée, il dût forcer et se blessa au poignet en un point où depuis de longues années il portait une synovite à grains riziformes.

Les jours suivants la main devint rouge et douloureuse ; le malade prit de grands bains chauds, mais prévoyant la formation d'un abcès, consulta un médecin qui fit le diagnostic de synovite suppurée et pratiqua une ponction. Celle-ci resta négative et le malade fut adressé à l'hôpital.

Le malade est un abbé de belle santé, il est né dans les vieux bâtiments de la cathédrale Saint-Jean où son père était sacristain et où lui-même a vécu tout son enfance.

Son père mourut à 62 ans emphysémateux, à la suite de bronchites répétées. Sa mère mourut âgée à 80 ans. De 12 frères ou sœurs, 4 seulement sont vivants dont notre malade ; tous les autres moururent dans l'enfance d'affections mal précisées.

Personnellement le malade ne signale aucune maladie dans son enfance. Vers l'âge de 30 ans, il accuse cependant des bronchites répétées.

Vers cette époque, le malade s'occupait d'un cercle de jeunes gens qu'il réunissait ; il excellait à jouer au théâtre de Guignol.

Un jour, à l'occasion d'une fête, une perche que l'on dressait, destinée à porter des oriflammes, s'affaissa brusquement vers le groupe d'enfants confiés à sa garde ; l'abbé voulut éviter un accident et tendit les bras pour amortir la chute. Il reçut ainsi ce mât sur la paume de la main gauche qui fut portée en extension forcée. Il ressentit une vive douleur qui dura quelques jours et depuis cette époque le poignet enfla.

Une tuméfaction occupa dès lors la face antérieure du poignet et la paume de la main, le malade y percevait en la pressant la fuite des grains riziformes, car il s'agissait d'une *synovite à grains riziformes*. Celle-ci date de 30 ans.

Cependant le malade ne souffrait pas et n'était nullement gêné par sa lésion ; il faisait même de la menuiserie, réparait les menus objets de la cathédrale et, chaque année, préparait pour un curé de ses amis, une crèche monumentale. Dans son travail de menuiserie, la main gauche jouait un rôle, car le malade n'avait ni établi, ni étau ; il immobilisait donc avec le talon de la main gauche le bois qu'il voulait travailler, la plaçant ainsi constamment en extension forcée. Aussi la synovite augmenta-t-elle progressivement de volume.

Ces derniers temps, pendant les quelques mois qui précédèrent l'accident dont nous avons parlé, le malade dor-

mais mal, sans qu'il eût songé à une relation possible entre l'insomnie dont il souffrait et l'état de son poignet.

A l'entrée dans le service, le malade présente à la face antérieure du poignet gauche une tuméfaction considérable à fleur de peau, prête à s'ouvrir. L'existence d'une synovite ne fait pas de doute, mais la rougeur est-elle vraiment en relation avec l'infection de la synoviale, ou n'est-elle qu'une lympharigite superficielle indépendante de la synovite ?

Il s'agit bien d'une synoviale infectée. Celle-ci se présente sous forme d'une tumeur considérable occupant la face antérieure du poignet et la paume de la main gauche.

An poignet, elle occupe la face antérieure, plus rapprochée du bord cubital, et déborde de 7 cm le pli inférieur du poignet. Le ligament annulaire est relâché à tel point que c'est à peine s'il sangle la tumeur en la divisant en deux lobes.

Le lobe qui occupe la paume de la main respecte, semble-t-il, le bord cubital, mais remplit la paume d'une tumeur multibosselée, irrégulière, à lobes très nettement distincts ; il se prolonge dans l'éminence thénar et à la face antérieure du pouce jusqu'au pli palmaire inférieur sous forme de bosselures qui atteignent le volume d'une cerise.

La tumeur que la douleur n'empêche pas d'explorer est très nettement fluctuante et il n'est pas besoin de manœuvres spéciales d'exploration pour y reconnaître immédiatement la sensation dite « bruits de chaînons ».

La main est impotente, les doigts sont légèrement fléchis vers la paume, sans cependant être rétractés en cro-

chet et l'extention du pouce, malgré que la synovite occupe surtout la gaine radiale, peut être effectuée sans douleur.

Il existe du côté des ganglions un retentissement très net ; on trouve des ganglions épitrochléens échelonnés et des ganglions axillaires. Les phénomènes généraux sont peu marqués, le malade circule, mais il a 38° le soir.

Il convient avant tout d'éviter la fistulisation qui menace et pour cela on immobilise le poignet malade en rectitude dans un appareil plâtré à grande fenêtre palmaire et pour faire tomber la phlogose on installe une compression ouatée.

Dès ce jour, les phénomènes généraux s'atténuent et bientôt le malade peut être renvoyé chez lui à l'abri, semble-t-il, de la fistule.



Fig. 1. — *Synovite à grains riziformes*

Le malade est reçu le 9 septembre. A ce moment, l'amélioration dans l'état local est considérable, la synoviale est moins tendue, moins « prête à se rompre », l'in-

inflammation péricapsulaire a diminué ainsi que la rougeur, de sorte que les contours de la synovite sont plus nettement apparents et tels qu'ils sont figurés ci-dessus.

On a cependant l'impression que le liquide est à fleur de peau et la menace de perforation ne semble pas complètement écartée.

On fait exécuter pour le malade une gaine de cuir tenant le poignet en extension légère, que le Professeur Tixier a imaginé et a l'habitude de conseiller comme mode d'immobilisation à la suite d'immobilisation en appareil plâtré.

On recommande au malade de faire sur son balcon de l'héliothérapie.

Mais quelques jours après, le malade revient très inquiet. Un jour que, dans son appareil, il exposait son poignet au soleil, la synoviale s'est rompue et, depuis lors, livre passage à une bouillie floconneuse, faite de grains transformés par l'inflammation, et un peu jaunâtre.

Le malade est reçu à nouveau dans le Service ; on vide par pression le contenu qui ressemble à du riz cuit. Au bout de très peu de jours la température, qui avait atteint 38°1 s'abaisse progressivement.

Le Professeur Tixier se demande à ce moment si cet incident va conduire à une intervention ou si au contraire il aura sur le mal une influence favorable et si l'on est en droit d'espérer qu'il conduira à une guérison relative au moins de l'élément tumeur comme il l'a déjà observé. (Observation I).

Depuis lors, la suppuration n'a pas cessé, le malade

venait se présenter régulièrement au pansement deux fois par semaine le poignet toujours immobilisé dans son appareil.

Le 5 décembre, subitement, le malade se sentit frissonnant et la température monta à 40°. Le poignet et la main devinrent douloureux, tendus, et la tuméfaction avait considérablement augmenté ; les douleurs dans la nuit devenaient intolérables.

Le D^r Bonnet fut prié d'aller voir le malade et le persuada de rentrer à nouveau dans le service.

A l'entrée, le 9 décembre 1920, la température n'était plus qu'à 37,5 ; les phénomènes généraux avaient disparu mais le poignet était toujours très tuméfié.

A l'occasion de quelques étourdissements, survenus une nuit, le D^r J. Martin pratiqua un examen médical complet qui ne révéla pas de lésions importantes.

On restait donc dans un état d'expectative armée car on redoutait que la suppuration de la synoviale ne conduisit à une intervention ; celle-ci, chez un homme de cet âge, ne pouvait être que l'amputation du poignet.

On redoubla donc de précautions. Le poignet fut immobilisé à nouveau dans un appareil plâtré ; un pansement ouaté aseptique, non compressif fut maintenu sur le poignet ; alors on eut l'agréable surprise de voir le poignet diminuer de volume et l'inflammation s'atténuer.

Une petite fistule continua pendant quelque temps à permettre l'issue d'un liquide clair mêlé de grains rizi-formes.

En mars 1921, le malade peut quitter le Service, ayant récupéré en partie les mouvements des doigts. Le poignet était encore peu mobile.

Rentré chez lui, le malade garda quelque temps sa gaine d'immobilisation, mais il se trouvait suffisamment guéri et bientôt il reprit son travail préféré de menuiserie. A la fin de l'année il put, comme auparavant, édifier la crèche monumentale dans l'église de son ami.

Nous avons prié le malade de venir dans le Service pour nous permettre de faire figurer dans notre travail le résultat fonctionnel à longue échéance. Le Professeur agrégé Bonnet l'a examiné avec nous le 25 novembre 1922.

L'état général est excellent. Localement, c'est à peine s'il persiste du côté malade des stigmates de la synovite ; et au premier abord les mouvements des deux mains ne sont pas différents. Il serait impossible de dire en ce moment quelle main fut malade.

Lorsqu'on examine les deux mains tendues par leur face dorsale, il n'est pas facile de reconnaître le côté qui fut lésé mais l'examen de la face palmaire et l'analyse minutieuse des mouvements, permet de constater les séquelles très intéressantes.

Lorsqu'on examine par la face palmaire, on remarque d'abord que la 1^{re} phalange du pouce est fléchie à 120°, tandis que la 2^e est en hyper-extension sur la 1^{re}. Au niveau du petit doigts existe une légère flexion de la dernière phalange. Nous reviendrons sur cette particularité.

Dans la paume de la main, on remarque quelques cicatrices déprimées, signature des anciennes fistules, échelonnées le long du pli palmaire inférieur depuis le poignet jusqu'à l'extrémité de ce pli, sur le bord radial de la main. Le dessein ci-dessous en donne la situation exacte.

On remarque en passant en plein centre de la paume dans l'angle drèdre formé par les plis palmaires supérieur

et moyen, la présence d'une petite tuméfaction du volume d'un pois, à fleur de peau, transparaissant en violet à travers la peau amincie. C'est un petit anévrisme de l'arcade palmaire superficielle. Il n'est peut-être pas sans rapport avec l'existence de la synovite...

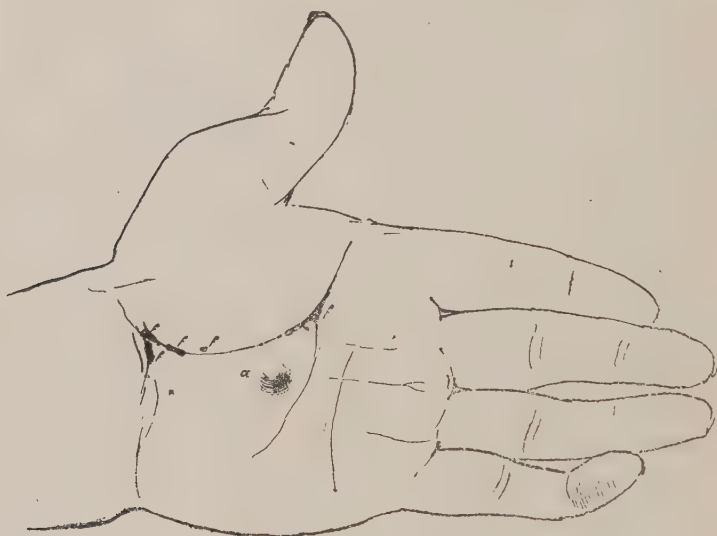


Fig. 2. — *Main en extension : Fistules f, anévrisme a.*

Toute trace de synovite n'a cependant pas disparu ; il semble bien que l'on retrouve au niveau de l'avant-bras du côté cubital une légère tuméfaction, trace de l'ancienne lésion. La palpation ne permet pas d'y percevoir de grains.

Examen fonctionnel.

L'extension et la flexion des poignets sont identiques des deux côtés. L'extension des doigts est parfaite, sauf

celle de la dernière phalange du petit doigt qui reste en légère flexion.

La flexion des doigts est complète sauf celle du petit doigt dont les deux dernières phalanges sont en extension, la dernière au contraire en flexion.

Le pouce se ferme bien et avec force sur les autres doigts également vigoureux. On remarque seulement une légère limitation de l'extension provoquée de la 1^{re} phalange du pouce comme si le tendon légèrement rétracté jouait dans une gaine trop lâche privée de ses poulies de réflexion.



Fig. 3. — *Attitude du petit doigt dans les mouvements de fermeture du poing*

Lorsqu'on recommande au malade de fléchir le pouce avec force on voit et l'on sent le tendon faire la corde à l'intérieur de sa gaine relâchée.

On ne décèle plus du côté de la gaine radiale aucune induration aucun repli synovial cloisonné ; on dirait que la synovite a guéri par adhérence des feuillets.

Au petit doigt, la 1^{re} phalange se fléchit avec force, mais la 2^e reste en extension constante sur la 1^{re}.

Lorsqu'on fléchit passivement la 2^e phalange sur la 1^{re} elle se détend comme un ressort et revient d'elle-même à l'extension forcée ; elle a même une tendance légère à la subluxation.

Cela ne va pas sans une petite gêne, car lorsque le malade veut fermer le poing, le petit doigt ne suit pas le mouvement de flexion des autres doigts quand aux 2^e et 3^e phalanges et il « accroche ». Aussi, de temps en temps, le malade essaye-t-il de le glisser, de l'insinuer sous les doigts voisins pour l'y immobiliser. Mais le doigt glisse sur le bord latéral de l'annulaire, se dégage et s'échappe en se détendant comme un ressort.

Au total, ces troubles fonctionnels sont bien peu de chose et il faut les rechercher, en quelque sorte, systématiquement pour les découvrir. Le malade a récupéré toute sa force. Il n'existe plus aucune adénite ni épitrochléenne, ni axillaire.

CONSIDÉRATIONS

Nous venons d'exposer dans tous leurs détails ces deux observations dont la lecture seule pourrait se passer de commentaires. Aussi serons-nous brefs sur les conclusions qu'elles permettent de tirer et nous bornerons-nous ici à en résumer les particularités anatomiques et cliniques ; à mettre en évidence les quelques suggestions qu'elles peuvent faire naître au point de vue thérapeutique, à émettre les hypothèses que l'on peut envisager pour expliquer le mécanisme de cette guérison.

Il convient tout d'abord de dire que nous présentons des cas exceptionnels et que nous ne prétendons pas qu'ils représentent l'évolution habituelle des synovites à grains riziformes. Nous voulons seulement montrer la possibilité de ces cas, rares sans doute, et dont il faut bien tenir compte.

La guérison par fistulation spontanée des synovites à grains riziformes est possible.

1°) L'exemple de nos deux malades le prouve.

2°) La fistulisation spontanée peut se faire sous deux modes cliniques essentiellement différents.

a) Chez notre premier malade, une synovite à grains riziformes déjà ancienne se rompit à l'occasion d'un

effort (le malade enfonçait un pieu), la rupture ne s'accompagna d'aucun phénomène inflammatoire, seulement les grains furent évacués et la guérison suivit sans incident dont 1^{re} forme :

Rupture mécanique en dehors de toute inflammation

b) Chez notre deuxième malade ce fut une inflammation qui devint la cause occasionnelle de la rupture et de la fistulisation. Des poussées inflammatoires successives semblèrent quelque temps mettre une entrave à la guérison et cependant celle-ci survint, la synovite à grains riziformes peut donc s'infecter, se rompre, se fistuliser, évacuer son contenu, désormais infecté et cependant guérir. Il s'agit donc là d'une deuxième forme :

Rupture par inflammation et infection de la synoviale.

3°) Les phénomènes anatomiques qui président à cette évolution sont également différents et semblent se faire de la façon suivante :

Nous rappelons en passant les notions admises sur l'anatomie pathologique de la synovite à grains riziformes, quant aux parois de la synoviale et à la formation des grains :

« Trois tuniques composent cette paroi :

« 1°) Une fibreuse de tissu conjonctif, blanche, nacrée
« (enveloppe conjonctive fibreuse externe où arrivent les
« vaisseaux, artères et veines nourrissant les autres tuni-
« ques par imbibition).

« 2° Une couche moyenne formée par du tissu conjon-
« tif avec des vaisseaux autour desquels se fait une infiltra-

« tion embryonnaire active et, des éléments tuberculeux
« (follicules tuberculeux avec cellules géantes typiques à
« un stade plus ou moins avancé de leur développement).

« 3°) Une couche interne de couleur blanc-grisâtre,
« qui représente le tiers ou la moitié de l'épaisseur totale
« et qui est composée d'une substance amorphe fibri-
« noïde.

« Le grain riziforme, après un stade de formation au
« sein même de la couche moyenne au niveau et aux dé-
« pens des lésions tuberculeuses, s'accroît du tissu con-
« jonctif entourant le follicule ; les cellules de ce tissu,
« prenant une disposition concentrique par rapport à
« l'élément formé. Ces grains, migrant enfin vers la
« limitante, sont mis en liberté après necrose partielle
« du tissu intermédiaire fibrinoïde de cette couche ; les
« mouvements tendineux venant faciliter cette libéra-
« tion. En somme le processus tuberculeux marche com-
« me dans les abcès froids, il envahit les tissus environ-
« nants, tandis que le caséum s'élimine dans la cavité de
« l'abcès ici la cavité-synoviale (Forgue). »

Voici, en nous basant sur ces données, comment nous croyons devoir expliquer le processus anatomique de guérison.

a) Dans le premier cas de fistulisation mécanique sans inflammation, le processus de guérison serait identique à celui d'une séreuse ponctionnée ; transformation fibreuse des parois, et enkystement des foyers tuberculeux. On voit en effet comme dans notre première observation s'évacuer un liquide clair tenant en suspension

une quantité variable de grains riziformes normaux ou tout au moins classiques.

b) Dans le deuxième cas de fistulisation par inflammation, l'évolution serait identique, à condition toutefois que l'inflammation soit atténuée. Alors au *processus tuberculeux* se substitue un *processus inflammatoire*, comparable à celui qui explique, après la laparotomie, la guérison dans les formes ascitiques de la péritonite tuberculeuse. Le contenu du sac synovial enflammé et injecté laissé s'écouler comme dans notre deuxième observation, une bouillie floconneuse semblable à une bouillie de semoule, les grains étant détruits ou tout au moins désagrégés par l'infection. Dès lors, une nouvelle cause de suractivité tuberculeuse est supprimée ; les follicules et les grains en formation sont alors plus facilement atteints par le processus fibreux de défense, la zone d'infiltration pariétale cesse de s'étendre et l'on aboutit peu à peu à l'assèchement de la fistule et cicatrisation des téguments.

Il reste toutefois, dans les deux cas, un microbisme latent ; car la gaine ainsi défendue par ce processus fibreux n'en conserve pas moins sa couche moyenne infectée dont l'activité tuberculeuse peut être réveillée ultérieurement ainsi d'ailleurs que le vérifie la récurrence dont fait mention notre première observation.

4°) De quelle valeur peut être la guérison obtenue par fistulisation spontanée ?

Les considérations précédentes sur le microbisme latent, laissant toujours à craindre la possibilité de récurrences. Il faut bien constater que localement et fonction-

nellement les résultats ont même dépassé les espérances. Le malade a recouvré et la presque totalité de ses mouvements et la force dans la mobilité. Cependant à y regarder de près, on trouve le relâchement du tendon du pouce et la rupture du tendon perforé du petit doigt, la disparition de la valeur fonctionnelle de la gaine quant aux poulies de réflexion. Mais ce sont, somme toute, des séquelles de peu d'importance puisqu'elles ne gênent nullement le malade.

5°) Peut-on tirer de la connaissance de ces cas où s'est produite la fistulisation spontanée des indications au point de vue traitement.

L'exemple de ces deux observations nous montre combien il convient d'être circonspect lorsqu'il s'agit de poser les indications opératoires dans les synovites à grains riziformes. L'extirpation de ces synovites, même en l'absence de toute inflammation et de toute fistulisation n'est pas sans dangers. Des complications locales et générales sont à craindre. Le Professeur Forgue cite, en effet, un cas de granulie 3 jours après une synovectomie. De même, localement, les propagations au carpe sont à craindre.

Ces accidents prouvent la nécessité qu'il y a en présence d'une synovite à grains riziformes à ne pas décider immédiatement une intervention et à placer le malade dans les meilleures conditions pour la subir.

L'immobilisation préalable pendant quelque temps, une légère compression ouatée destinée à faire tomber les phénomènes de phlogose, l'observation minutieuse du

malade pendant cette période préopératoire constitue tout un ensemble de précautions à observer.

D'autre part, notre deuxième observation illustre de façon frappante l'intérêt qu'il y a *même en présence d'une synovite infectée et fistulisée* à observer les mêmes règles.

Le malade présenta à un moment donné des accidents aigus tels que l'on pouvait envisager à bref délai l'éventualité d'une amputation de l'avant-bras et cependant on vit chez ce malade mis au repos, le poignet immobilisé dans un appareil plâtré et protégé par un pansement aseptique, l'atténuation progressive des phénomènes inflammatoires et la guérison complète.

Nous ne saurions donc trop insister sur la valeur de l'immobilisation préalable avant toute intervention sur les synovites et aussi si l'on se trouve en présence de fistulisations spontanées d'une aseptie minutieuse.

Dans ces conditions d'immobilisation et d'aseptie, il semble si l'on peut tirer une conclusion de l'observation d'un seul cas ; qu'une synovite à grains riziformes fistulisée spontanément, présentant même la plus grande apparence de gravité puisse évoluer vers la guérison sans impotence fonctionnelle.

CONCLUSIONS

I. — La thérapeutique d'une synovite à grains riziformes repose actuellement sur la synovectomie. Cependant, dans des cas exceptionnels pour lesquels l'opération n'a pas été jugé indiquée il est possible de voir guérir par fistulisation spontanée.

II. — Celle-ci se produit par fistulisation et élimination des grains et sans doute adhérences secondaires des parois de la synoviale.

III. — Cette évolution peut se faire :

a) Par un processus aseptique avec ulcération mécanique des téguments.

b) Avec un caractère inflammatoire, l'infection de la synoviale aboutissant à la rupture.

IV. — Il convient d'être sobre d'intervention dans les cas où se produit la fistulisation, secondaire ou non à l'infection. Une intervention peut alors être dangereuse. L'abstention sous le couvert de l'immobilisation et d'une minutieuse asepsie peut conduire à la guérison.

V. — On doit cependant être réservé sur la valeur à

longue échéance des guérisons ; car on peut observer tardivement des réveils même locaux de l'infection tuberculeuse.

VU :

Le Président de thèse,
TIXIER.

VU :

Lyon, le 23 novembre 1922.
Le Doyen de la Faculté,
J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 2 novembre 1922.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER. — Synovites tuberculeuses tendineuses. *Revue générale de Clinique et thérapeutique*, Paris 1907, page 456.

CHAPUT. — Drainage filiforme pour une synovite à grains riziformes. *Société de Chirurgie*, 1917, page 2040.

DABAN. — Nature de la Synovite à grains riziformes. *Thèse*, Paris 1889.

DUPLAY-RECLUS. — *Traité de Chirurgie*. Les synovites à grains riziformes, par Lejars.

FORGUE et ETIENNE. — Anatomie pathologique de la synovite à grains riziformes. *Revue de Chirurgie*, Paris 1913, page 633-659.

GANTOIS. — De l'extirpation précoce dans les synovites à grains riziformes. *Thèse*, Paris 1900.

GAUTHIER. — Synovite à grains riziformes. — Synovectomie. — Guérison. — *Marseille Médical*, 1912, page 180.

MICHEL. — De l'extirpation totale des synoviales dans le traitement des synovites tuberculeuses. *Thèse*, Montpellier, 1896.

MUSSON. — Contribution à l'étude du traitement des synovites tuberculeuses du poignet. *Thèse*, Nancy, 1896.

PONCET. — Synovite tuberculeuse. *Lyon Médical*, 1888.

PRINCETEAU. — Synovite à grains riziformes des fléchisseurs de la main droite. *Journal de Médecine*, Bordeaux, 1911, page 425.

ROLARDEY. — Synovectomie dans le traitement des synovites à grains riziformes. *Thèse*, Montpellier, 1914.

THIERRY. — Traitement des synovites par la méthode de Bick. *Société Chirurgie*, Paris 1909, p. 597-600.

WEISS. — Incision antiseptique des synovites à grains riziformes. *Revue de Chirurgie*, 1885.
